

申請日 年 月 日

水 卷 町 長 様

### 予防接種履歴確認依頼申請書

標記について、下記のとおり予防接種の履歴確認を申請します。

予防接種履歴を確認したい情報 (被接種者)	ふりがな 氏名	
	マイナンバー	
	生年月日	年 月 日
	住所	水巻町
	電話番号	
	予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 子どもの定期予防接種（期間 ~ ） <input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌
	申請理由	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の紛失 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の破損 <input type="checkbox"/> 過去の接種履歴を把握するため <input type="checkbox"/> その他（ ）

申請者（窓口に来られた人） 被接種者と同じ

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ 被接種者との続柄 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_ 被接種者と同じ

電話番号 \_\_\_\_\_ 被接種者と同じ

#### 【申請者が本人・家族・保護者以外の場合】

私は（委任者）は、申請者に予防接種履歴確認依頼の請求・受領を委任します。

委任者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

窓口確認用 受付担当者（ ）

1 マイナンバー確認 マイナンバーカード 通知カード（マイナンバー付き住民票） 電算確認

2 届出人 本人・保護者 代理人

3 本人確認書類（1点可）※写真付き マイナンバーカード 運転免許証 パスポート 他  
（2点以上）通知カード（住民票） 保険証 児童扶養手当証書 その他（ ）